

Tittel på norsk:

Snakk om det!

- Seksuell helse og livskvalitet hos kvinner etter endt behandling av livmorhalskreft

Tittel på engelsk:

Talk about it!

- Sexual health and quality of life after cervical cancer treatment

Kandidatnummer: 16

VID vitenskapelig høyskole

Haraldsplass

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i kreftsykepleie

Kull: Heltid 2017

Antall ord: 8240

Dato: 18.04.2018



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 16
Navn på studiet: Kreftsykepleie
Navn på eksamen: Fordypningsoppgave
Emnekode: 15EMNED2 KS
Innleveringsfrist: 18.04.2018
Antall ord:

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

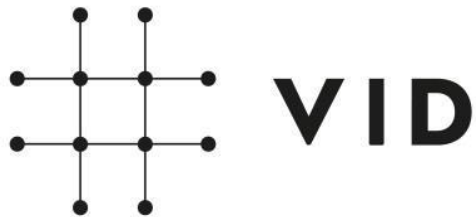
Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 16

Fordypningsoppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min Fordypningsoppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: ☒ Nei: ☐



SNAKK OM DET!

Seksuell helse og livskvalitet etter endt behandling av
livmorhalskreft



Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å bevisstgjøre kunnskap om hvordan kvinner med livmorhalskreft kan opprettholde sin seksuelle helse etter endt kreftbehandling.

Metode: Dette er en litteraturstudie som er basert på allerede gjort forskning på temaet. Systematisk litteratursøk er gjort i databasene Cinahl og Medline. Forskningsartiklene er av både kvalitative og kvantitative design, samt observasjonsstudier. Det er benyttet forskningsartikler, fagartikler og faglitteratur.

Hovedfunn: Endret seksualfunksjon etter behandling av livmorhalskreft påvirker ofte den seksuelle helsen. Forskning viser at mange kvinner opplever å være lite forberedt på dette og ønsker mer informasjon og kunnskap om konsekvensene av behandlingen. Samtidig viser forskningen at mange pasienter kvier seg for å ta opp temaet fordi det er barrierer som gjør det vanskelig å snakke om. Det samme gjelder for helsepersonell. Det er helsepersonell sitt ansvar å følge opp seksuell helse.

Konklusjon: Det er kreftsykepleiere sitt ansvar å ta opp og samtale rundt temaet seksualitet. Åpne opp for temaet og snakke om det er første skritt. Informasjon, veiledning og undervisning til kvinner som får livmorhalskreft er nødvendig for at kvinnen skal føle seg ivarettatte og lettere kan opprettholde seksuell helse. De ønsker konkret informasjon om kroppslige og seksuelle endringer som kan oppstå under og etter behandling, samtidig som de ønsker at fokuset ikke bare skal være på det fysiske. Kreftsykepleiere må ha gode kommunikasjonsferdigheter og samtidig være trygg på sin egen seksualitet.

Abstract:

Purpose: The purpose of this literature study is to raise awareness of how women with cervical cancer can maintain their sexual health after ending cancer treatment.

Method: This is a literature study based on research already done on the subject. Systematic literature searches are made in the databases Cinahl and Medline. The research articles are of both qualitative and quantitative design, as well as observation studies. Research articles, professional articles and specialist literature have been used.

Key findings: Changed sexual function after treatment of cervical cancer often affects sexual health. Research shows that many women experience little preparation and want more information and knowledge about the consequences of treatment. At the same time, research shows that many patients are inclined to address the topic because of barriers that make it difficult to talk about. The same applies to healthcare professionals, but there is agreement that the follow-up of sexual health is healthcare professionals responsibility.

Conclusion: It is healthcare professionals responsibility to address and discuss the topic of sexuality. Open the topic and talk is the first step. Information, guidance and instruction for women who have cervical cancer is necessary in order to maintain sexual health. They want concrete information about the changes treatment have on sexual health. At the same time they wish focus not only on the physical, but also mentally. Nurses working with cancer patients must have good communication skills while being confident in their own sexuality.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
<i>1.1 Bakgrunn for valg av tema for oppgaven</i>	1
<i>1.2 Presentasjon av problemstilling</i>	2
<i>1.3 Avgrensing og presisering</i>	2
2.0 Metode	3
<i>2.1 Litteraturstudie som metode</i>	3
2.1.1 Litteratursøk og utfordringer	3
3.0 Teoridel	5
<i>3.1 Livmorhalskreft</i>	5
3.1.1 Behandling	6
3.1.2 Bivirkninger som spiller inn på seksuell helse	7
<i>3.2 Seksuell helse- både fysisk og psykisk.</i>	10
<i>3.3 Livskvalitet</i>	12
<i>3.4 Pasientens behov for sykepleie</i>	14
<i>3.5 Sykepleiers rolle i seksuell veiledning</i>	15
4.0 Drøftingsdel	18
<i>4.1 Kroppslige og seksuelle endringer under og etter behandling</i>	18
<i>4.3 Seksualitet og livskvalitet – å leve med en endret kropp</i>	24
<i>4.4 Snakk om det</i>	26
5.0 Konklusjon.	30
6.0 Referanseliste	31
VEDLEGG 1	35

1.0 Innledning

Livmorhalskreft, cervixcancer eller cervikalcancer er i mange utviklingsland den hyppigste kreftformen hos kvinner. I Norge er det den trettende hyppigste kreftformen med 338 nye tilfeller i 2014, (Kristensen, 2017 s. 592). Samme år døde 79 kvinner av denne sykdommen (Kreftregisteret, 2016, s.77). Femårsoverlevelsen for sykdommen er 78 % (Sekse, Buestad & Vika, 2014, s.10). Kjente risikofaktorer for utvikling av livmorhalskreft er tidlig seksualdebut og mange seksualpartnere. Humant papillomavirus (HPV), især type 16 og 18, har vist seg å være onkogene, som betyr at de kan delta i kreftutvikling (Kristensen, 2017 s.592).

Livmorhalskreft er ikke blant de mest forekomne kvinnelige kreftformer, men høy langsiktig overlevelse har resultert i et stort antall kvinner som lever med denne sykdommen. Og på grunn av involvering av kjønns spesifikke organer utgjør livskvalitet, seksualitet og seksuell funksjon en spesiell relevans for disse kvinnene (Greenwald & McCorkle, 2008, s.955).

1.1 Bakgrunn for valg av tema for oppgaven

Min erfaring med livmorhalskreftpasienter er både fra gynekologisk kreftavdeling og de siste årene fra poliklinisk kreftavdeling hvor kvinnene behandles med strålebehandling og cytostatika. Felles for mange med livmorhalskreft er at de forteller at de føler det er en tabubelagt sykdom å snakke om. Noen skjuler det også for omgangskretsen sin. Behandlingen de gjennomgår er omfattende og kvinnene gjennomgår både fysiske og psykiske endringer. Endringene som skjer kan påvirke den seksuelle helsen i negativ regning, noe som kan true kvinnes identitet og livskvalitet (Borg, 2010, s. 125).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen jeg har kommet frem til er:

Hvordan kan kvinnen med livmorhalskreft ivareta livskvalitet og seksuell helse etter endt kreftbehandling?

1.3 Avgrensing og presisering

Denne litteraturstudien vil ta for seg kvinner med livmorhalskreft som har gjennomgått kreftbehandling i form av operasjon eller strålebehandling alene, i kombinasjoner med hverandre, eller sammen med cytostatika (også kalt cellegift eller kjemoterapi). Alle kreftbehandlingsformene gitt denne pasientgruppen vil være inkludert fordi forskningen som er gjort ofte inkluderer flere behandlingsformer.

Fokuset vil være på hvilke ettervirkninger behandlingen kan gi og hvordan de endringene kvinnene opplever, både fysisk og psykisk, påvirker seksuell helse og livskvalitet.

Erfaringene kvinner med livmorhalskreft har når det kommer til seksuell helse og livskvalitet vil bli belyst, samt hvordan de ønsker at helsepersonell skal ivareta dem når det kommer til dette temaet.

Mine refleksjoner i drøftingen vil være preget av erfaringer fra poliklinikk der kvinner mottar kombinasjon av strålebehandling og cytostatika.

2.0 Metode

“Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.

Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”.

(Dalland, 2012, s.110).

2.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en skriftlig systematisk gjennomgang av aktuell forskningslitteratur basert på en selvvalgt problemstilling. Det fremkommer derfor ikke ny kunnskap ved hjelp av en litteraturstudie, men det kan derimot komme nye innsikter gjennom å sammenligne allerede gjort forskning ut ifra ulike kilder. Materiale som kan inkluderes i en litteraturstudie er først og fremst vitenskapelige artikler, men også lærebøker (Polit & Beck, 2017, s.14).

2.1.1 Litteratursøk og utfordringer

Et godt utført litteratursøk er viktig for å identifisere all relevant forskning som har vært utført i verden om et bestemt spørsmål. Grundigheten og framgangsmåten i litteratursøket er et av de trekkene som skiller systematiske oversikter fra tradisjonelle oversiktsartikler. Et omfattende søk etter litteratur styrker oversiktens validitet (gyldighet). Det er viktig for å identifiseringen av forskning er så fri for systematiske feil som mulig (Kunnskapssenteret, 2015 s.25).

I søkeprosessen etter litteratur brukte jeg hovedsakelig Cinahl og Medline. Jeg har også søkt i ORIA, helsebiblioteket, sykepleien forskning og MeSH på norsk for å finne MeSH-termer for å finne forskning. Søkeordene ligger i vedlegg, men mest bruk ert: cervix neoplasms, cervical

uterine neoplasms, sexuality, sexual health, sexual function og quality of life. Det ble forsøkt kombinasjoner med OR og AND og jeg hadde søk som fikk mange treff og søk som fikk få treff. På denne måten klarte jeg å luke ut artikler som ikke egnet seg og finne artikler som var gode for min problemstilling.

Jeg har benyttet meg av både kvalitativ og kvantitativ forskning om bivirkninger og ettervirkninger som forekommer hos pasienter med livmorhalskreft. Jeg har jobbet med artiklene systematisk og trykket ut elementer fra de ulike som jeg mener er viktig for å belyse valgt tema. Det har vært noe vanskelig å finne nyere forskning på temaet, og det foregår en større studie på temaet som jeg ikke får dra nytte av om erfaringer rundt ettervirkninger etter behandling av livmorhalskreft. Jeg har derfor valgt å inkludere studier så langt tilbake som 2008. Behandlingen av sykdommen har ikke forandret seg på ti år, så derfor mener jeg det er overførbart til dagens samfunn, både når det kommer til fysiske endringene og de psykiske ettervirkningene.

I utvelgelsen av litteratur må en vurdere geografi på hvor den stammer fra og om dette er av relevans her (Dalland, 2012, s.72). Mye av forskningen jeg har funnet er av utenlandsk opprinnelse. Jeg har inkludert forskning gjort av både norske, canadiske, amerikanske, kinesiske og sør-koreanske kvinner med livmorhalskreft. Jeg mener det ikke foreligger noen vesentlig stor kulturforskjell som påvirker seksuell helse og livskvalitet. Behandlingen de får i de ulike landene er den samme som i Norge, og derfor overførbart. En svakhet med denne litteraturstudien kan være at det foreligger relevant litteratur som ikke jeg har fått med. Jeg kunne muligens ha benyttet meg av flere databaser og andre søkeord. En annen svakhet kan være at de fleste forskningsartiklene er på engelsk, som kan være en kilde til feiltolkning på grunn av omskriving.

3.0 Teoridel

”En teori er et forsøk på å sortere flere enkelte erfaringer knyttet til fenomener, slik at vi kan forstå de bedre. En teori er ikke en endelig sannhet, men kan representere vår kunnskap så langt den er kommet” (Dalland, 2012, s. 111).

Teoridelen er bygget opp av empirisk forskning, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og artikler for å belyse valgt tema.

3.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft utvikler seg i livmorhalsen ved overgangen mellom plateepitel og sylinderepitel. Svulsten oppstår vanligvis i overgangssonen rundt mormunnåpningen.

Utviklingen foregår som oftest langsomt og over tid. Derfor regner man med at de maligne cellene befinner seg i forstadier i flere år, før de invaderer dypere strukturer og danner svulster. Forstadiene kalles CIN (Cervical intraepithelial neoplasia). Ut i fra alvorlighetsgraden deles de inn i CIN 1-3. I Norge får alle kvinner mellom 25-60 år tilbud om celleprøve (cytologisk prøvetaking) hvert tredje år. Dette tilbudet anses å ha redusert dødeligheten av livmorhalskreft fordi en tidligere kan behandle celleforandringene (Jerpseth, 2013, s.37).

Risikofaktorer for utvikling av livmorhalskreft har vist seg å være tidlig seksualdebut og mange seksualpartnere. Det har kommet frem at seksuelt overførbare mikroorganismer kan ha betydning, spesielt type 16 og 18 av humant paillomavirus (HPV) har vist seg å være onkogene (som betyr at de kan delta i kreftutvikling). HPV finnes hos ca. 10% av unge kvinner, og smitte med en onkogen type kan gi betennelsesreaksjon i slimhinnen. Dette gir ingen symptomer og kan kun ses ved undersøkelse med kolposkop (en type mikroskop). Hos de fleste kvinner vil kroppen bearbeide infeksjonen på noen måneder uten å etterlate spor, men hos noen vil infeksjonen bli kronisk. Det kan da skje en neoplastisk utvikling i

slimhinnen. Det betyr at cellene endrer seg i retning av kreftceller og noen blir kreftceller som vokser inn i omliggende vev. Det er sannsynlig at det også er andre onkogener enn HPV som har betydning for utvikling av livmorhalskreft, men de er foreløpig ikke identifisert (Kristensen, 2017, s. 592-593).

3.1.1 Behandling

Pasienter med alvorlige celleforandringer (CIN 3) blir behandlet ved at den affiserte delen av livmorhalsen blir fjernet. Det kalles konisering og påvirker ikke muligheten til å gjennomføre graviditet etterpå.

Har celleforandringene utviklet seg til kreftsvulst og invadert omliggende vev (invasiv kreft), tar en dels sikte på å fjerne tumoren radikalt og dels å fjerne eventuelle metastaser til lymfeknuter. Størrelsen på tumoren er ofte indikator for om det foreligger metastaser til lymfeknuter. For noen svulster er det tilstrekkelig å fjerne svulsten med konisering eller hysterektomi (fjerne livmoren), mens ved litt større tumorer anbefales radikal hysterektomi (inkludert fjerning av eggstokkene, egglederne, øvre del av skjeden og lymfekjertler i bekken).

Ved svulster som vokser dypt inn i veggen av livmorhalsen og/eller tumorer over 2 cm (Stadium 2B), vil en ofte heller foretrekke strålebehandling fremfor operasjon. Noen ganger må pasienter som er operert ha tilleggsbehandling med stråling fordi sykdommen var mer utbredt enn først antatt eller funnene viser økt risiko for residiv (tilbakefall). Strålebehandling gis eksternt mot hele det lille bekkenet. Strålefeltet omfatter både tumor og lymfeknutestasjoner i bekkenet eller høyere. De som ikke har operert bort livmorhalsen før stråling, behandles også med intrakavitær brakyterapi (innvendig stråling).

Forskning har vist at cytostatika (samme som cellegift og kjemoterapi) samtidig med strålebehandling reduserer risikoen for senere residiver og fjernmetastaser. Det gis en gang i uken de ukene pasienten behandles med ekstern strålebehandling og forsterker effekten. Cytostatika anvendes også ved residiv (Kristensen, 2017, s.595).

3.1.2 Bivirkninger som spiller inn på seksuell helse

Bivirkninger av kreftbehandling er sjeldent til hinder for å kunne fortsette et normalt seksualliv, men vil påvirke den seksuelle helsen i negativ retning. Seksualiteten har et biologisk aspekt, og et tilfredsstillende genitalt seksualliv forutsetter fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon. Kirurgiske inngrep, strålebehandling og cytostatika forstyrrer disse prosessene og vil derfor, nesten alltid få konsekvenser for pasientens seksuelle helse og karakteriseres som seksuell dysfunksjon. Seksuell dysfunksjon kan beskrives som ”funksjonssvikt av organisk, psykologisk eller blandet karakter som på en negativ, ubehagelig og/ eller smertefull måte kommer i veien for individers – (pars) eller gruppers seksuelle motiver” (Borg, 2017, s.122).

Kirurgisk behandling vil ofte berøre seksualiteten direkte ved å skade eller fjerne det organet som har betydning for seksuelle funksjoner. For eksempel kan kirurgi føre til forkortet skjede som kan gi støtmerter under samleie og kunstig fremkalt overgangsalder fordi eggstokkene fjernes. Eggstokkene har også innvirkning på slimhinner og hormonproduksjon som er vesentlig for å opprettholde et velfungerende sexliv. Erogen hud kan også skades og gi smerter (Jacobsen, 2017, s. 605).

Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggerud & Kuile (2015, s. 1679-1682) undersøkte i sin studie erfaringer med seksuell dysfunksjon hos 30 kvinner med livmorhalskreft der 90% var

behandlet med kirurgi. Her kom det frem at tørrhet i vagina, smerter ved samleie og lav interesse for sex var viktige bivirkninger av behandlingen.

Greenwald og McCorkle (2008, s. 955-957) undersøkte også seksualitet og seksuell funksjon hos kvinner med livmorhalskreft som var operert. De sammenlignet kvinner som hadde fjernet livmoren mot kvinner som hadde fjernet livmoren og eggstokker og en kontrollgruppe friske kvinner. I denne studien kom det frem, uavhengig av om eggstokkene var fjernet eller ikke, at kvinnene sjeldent rapporterte mindre lyst for seksuell aktivitet enn kvinner som hadde bevart eggstokker.

Lee, Lim, Kim, Joo, Lee og Park (2016, s.1321) sammenlignet i sin studie livskvalitet og seksuell funksjon blant 135 koreanske kvinner som hadde overlevd livmorhalskreft mot 220 friske kvinner. Kvinnene hadde forskjellige stadium av sykdommen og hadde forskjellig kreftbehandling. De aller fleste hadde likevel blitt behandlet med operasjon alene eller i kombinasjon med stråling og/eller cytostatika, kun 7.7% var behandlet uten operasjon.

Funnene viste signifikant høyere resultat av lymfødem og kortere vaginallende enn kontrollgruppen. Operasjon og strålebehandling kan skade lymfesystemet og gi plager med mye væske i beina. De langvarige eller vedvarende lymferelaterte symptomene har vært kjent for å forårsake forverring av pasientenes livskvalitet.

Strålebehandling mot bekkenområdet vil også medføre kunstig overgangsalder for yngre kvinner fordi produksjon av hormoner stanses ved stråling mot eggstokkene. En bestrålt tarm kan gi kvinnen problemer med mage/tarm i form av diaré, luft smerter, hyppig vannlatingstrang, smerter, cystittplager og infeksjoner (Jacobsen, 2017, s 605).

Strålebehandling kan også lede til redusert blodforsyning, skrumping og stivhet av kjønnsorganet (Gjessing, Borg og Dahl, 2013 s.90).

Hunter (2011, s.22) sin studie undersøkte innvirkningen kreftbehandling og komplikasjoner den gir har på seksuell funksjon og samliv hos 13 kvinner med livmorhalskreft og 5 av deres menn. Alle kvinnene var behandlet med strålebehandling alene eller i kombinasjon med cytostatika eller operasjon. Her kom det frem at diaré, inkontinens, skjedetørrehet, nerveskader, forkortet skjede og arrvev var viktige senkomplikasjoner som hadde innvirkning på seksualiteten lenge etter endt kreftbehandling.

Hading, Ooyama, Nakamoto, Wakayama, Kudaka, Wataru, Inamine, Nagai, Ueda og Aoki (2013, s 800) undersøkte i sin studie seksuell funksjon hos kvinner med livmorhalskreft etter strålebehandling eller radikal operasjon mot en kontrollgruppe friske kvinner. Det var inkludert 92 pasienter, der halvparten hadde gjennomgått stråling og halvparten radikal operasjon. Kontrollgruppen var 148 friske kvinner. Funnene i denne studien viste betydelig mer dysfunksjon hos kvinnene som hadde gjennomgått strålebehandling enn kontrollgruppen.

Greimel, Winter, Kapp og Haas (2009, s.476) har i sin studie undersøkt effekten seinskader har på livskvalitet og seksuell funksjon hos kvinner som har overlevd livmorhalskreft.

Kvinnene hadde ulik kreftbehandling: 63 operasjon, 38 operasjon og cytostatika og 20 operasjon og strålebehandling. Funnene i denne studien viser dårligere livskvalitet hos kvinnene som hadde gjennomgått strålebehandling.

Noen kvinner kan etter både kirurgi og/eller strålebehandling få fisteldannelser, det vil si at det danner seg hulrom eller åpninger fra blæren, tarmen eller skjeden til andre organer i bekkenet. Fistler kan gi til dels store plager med siving av urin eller avføring, ved siden av at mange har mye plager med utflod og derav følgende lukt. Dette kan også vanskeliggjøre seksuallivet (Jacobsen, 2017, s.604-606).

3.2 Seksuell helse- både fysisk og psykisk.

Livmorhalskreft har høy langtidsoverlevelse og mange kvinner lever med denne sykdommen.

På grunn av involvering av kjøsspesifikke organer utgjør livskvalitet og seksuell helse en spesiell relevans for disse kvinnene (Greenwald & McCorkle, 2008, s.955).

“Seksuell helse kan defineres som fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet.

God helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.7).

De nevnte bivirkningene kreftbehandling har på seksuell helse kan gjøre at kvinnen med livmorhalskreft ikke lenger kan gi seksualiteten det samme uttrykket og for noen true selvbildet. De fysiske endringene spiller en rolle for hele seksualiteten, også de emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspektene. Et endret selvbilde kan føre til at noen får et vanskelig forhold til egen kropp og føler seg lite attraktiv. For å akseptere seg selv som et seksuelt vesen, er det å akseptere kroppen sin et viktig fundament. For mange kvinner kan opplevelse av endret seksuell identitet og femininitet føre til sorgreaksjoner. Intensiteten av sorgreaksjonene er relatert til hvor viktig den tapte kroppsfunksjonen eller kroppsdelen har vært for pasienten (Borg, 2017, s.125).

Utfordringene kvinner med livmorhalskreft møter er av forskjellig art og avhengig av den enkeltes personlighet, hvor i livet hun er når hun blir syk, hvilke utsikter hun har til å bli frisk, og av ressursene rundt henne. Et eksempel kan være at yngre pasienter kan ha større bekymringer enn andre angående seksuell lyst og fertilitet (Jacobsen, 2017, s.607). Infertilitet er en alvorlig konsekvens av kreftbehandling. Unge kreftoverlevende som lever med kreft-relatert ufruktbarhet må ikke bare integrere denne endringen i sin egen følelse av selvtilit, men også bestemme hvordan og når man skal avsløre det til venner, familie og potensielle

partnere (Odo & Potter, 2009, s.24). Et annet eksempel kan være at eggstokker og livmor ikke bare er forbundet med evnen til å få barn, men med helhet, friskhet og kvinnelighet og derfor traumatisk for noen kvinner å miste, uavhengig av alder (Jacobsen, 2017, s.607). For noen kan det være lettere å trekke seg tilbake og isolere seg både fysisk og emosjonelt enn å prøve å mestre sin nye identitet. Skyldfølelse ser ut til å være spesielt utbredt hos pasienter med kreft i underlivet (Borg, 2017, s.125).

I Vermeer et al (2015, s.1679) sin studie kommer det frem at opp mot 70% av kvinner med livmorhalskreft rapporterer problemer med sin seksuelle helse. Kvinnene rapporterer både fysiske problemer og emosjoner som følelse av flauhet, skyld eller tristhet.

I Ratner, Richter, Minkin og Foran-Tuller (2012, s.44) sin artikkel kommer det frem at kvinner med livmorhalskreft ikke forteller om sine bekymringer angående seksuell helse fordi opplever følelse av forlegenhet, skam og skyld.

Bilodeau og Bouchard (2011, s.234-235) sin studie undersøkte opplevelsen av seksualitet hos 10 canadiske kvinner med livmorhalskreft som hadde fullført strålebehandling. Funnene viste at kvinnene hadde endret syn på livet. Det var en gradvis endring i verdiene deres, de fokuserte mer på seg selv og deres behov og revurderte prioriteringene sine. For eksempel så flere av kvinnene forholdet til partnerne sine annerledes og verdsatte tilstedeværelsen og oppmerksomheten de fikk av dem. To av kvinnene hadde skilt lag med partnerne sine fordi de ikke klarte å snakke med dem om problemene som oppstod med seksualiteten deres og trodde mennene ikke kom til å forstå hvordan de følte det.

Det er utallige følelsesmessige problemer som kan oppstå etter endt kreftbehandling. Den største er muligens usikkerhet. Økt følelse av sårbarhet kan føre til vaksomhet av kroppen i redsel og frykt for tilbakefall, manglende evne til å gå videre eller planlegge framtiden. Kreften og behandlingen forstyrrer normale utviklingsveier (Odo & Potter, 2009, s.25).

3.3 Livskvalitet

Seksuelle problemer kan oppstå hos opp til 90% av alle kvinner som får en kreftdiagnose og hos minst 50% av de med gynekologisk kreft. Seksuelle problemer og seksuell dysfunksjon blir stadig mer anerkjent å ha negative konsekvenser som i stor grad påvirker livskvaliteten (Ratner et al., 2012, s.40).

Livskvalitet er et multidimensjonalt og interdisiplinært begrep som ble tatt opp i medisinsk og sykepleiefaglig forskning på 1980-tallet (Wahl & Hanestad, 2004). Begrepet har blitt definert på ulike måter og meningsinnholdet kan derfor være bredt og diskuterbart, noe jeg ikke kommer til å gå inn på. Jeg forholder meg derfor til definisjonen: ”En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områdene i livet som er viktig for vedkommende” (Ferran gjengitt av Ribu, 2017 s.54).

Flere forfattere har karakterisert begrepet livskvalitet som noe subjektivt, normativt og multidimensjonelt. Dette innebærer at livskvalitet favner om en helhetlig situasjon. Det er en subjektiv opplevelse som blir uttrykt og er basert på den enkelte sine verdier, meninger og forventninger (Wahl & Hanestad, 2004, s.23).

Livskvalitetsbegrepet blir delt inn i global livskvalitet, sykdomsspesifikk livskvalitet og helserelatert livskvalitet. Med global livskvalitet menes generell tilfredshet med livet. Når livskvalitet blir målt globalt, som et overordnet begrep, vil små endringer i livet ikke bli reflektert. Sykdomsspesifikk livskvalitet handler om en person sin oppleving av spesifikke plager eller sykdommer som, for eksempel bivirkninger etter behandling. Helserelatert livskvalitet omfatter gjerne en person sin opplevelse av de generelle helseforhold og blir vanligvis inndelt i fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner. Det er den enkeltes opplevelse av å ha det godt eller dårlig (Fosså, Hølmekbakk & Smeland, 2009, s.27-43).

Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som et individuelt perspektiv på menneskets posisjon i samfunnet i kontekst av kultur og verdier som han eller hun eksisterer i med egne hensikter, mål og begrensninger. Et vidt syn påvirket av individets helsestatus, kognitive tilstand, sosiale forhold, nivå av uavhengighet og relasjonen til miljøet (WHO gjengitt etter Pasek, Suchocka & Urbanski, 2012).

Pasek et al (2012, s.690-693) sin studie har vurdert og evaluert livskvalitet hos kvinner med livmorhalskreft innlagt på sykehus for strålebehandling i Polen. Kvinnene hadde ulike stadier av livmorhalskreft. Livskvalitet ble undersøkt før, under og etter behandling. Funnene viste at alder og stadium av kreften ikke hadde innvirkning på hvordan kvinnene så sin globale helse. Derimot viste funnene at livskvalitet var høyest rett etter avsluttet behandling og at evnen til å gjennomføre hverdagslige ting selvstendig var ansett som det viktigste i alle fasene.

Bae og Park (2015, s.1277-1279) sin studie undersøkte seksuell funksjon, depresjon og livskvalitet hos 137 kvinner med livmorhalskreft på sykehus i Seoul (Sør-Korea). Kvinnene hadde ulike stadium av livmorhalskreft og forskjellig kreftbehandling. Flesteparten av kvinnene hadde gjennomgått operasjon alene eller i kombinasjon med stråling og/eller cytostatika. Funnene i denne studien viste at seksuell funksjon var lav og at 45.4% opplevde moderat nivå av depresjon. Det viste seg i denne studien også at livskvalitet var høyest etter endt behandling.

Zeng, Li og Loke (2011, s.296) undersøkte i sin studie livskvalitet hos kinesiske kvinner med livmorhalskreft. Kvinnene identifiserte seksualitet som en av de mest essensielle indikatorer for deres livskvalitet.

Lee et al., (2016, s.1321) sin studie konkluderte med at kvinner med livmorhalskreft ikke har svekket seksualitet og engasjement for seksuell aktivitet sammenlignet med friske kvinner og at de opprettholder god livskvalitet.

3.4 Pasientens behov for sykepleie

Når det kommer til seksuell helse og seksualitet er det få studier som fokuserer på hvilke behov pasientene har fra helseapparatet og hvordan de opplever den støtten de får under og etter behandling. Fra noen studier er det kjent at gynekologiske kreftoverlevende har mer behov for hjelp med seksuell helse enn andre krefttyper, men ikke søker hjelp (Ratner et al, s.44).

I en brukerundersøkelse kreftforeningen utførte i 2014 kom det frem at kreft rammer seksualiteten. Mange av deltakerne rapporterte utilstrekkelig informasjon om hvordan kreftbehandling under og etter behandling kan påvirke seksualiteten og seksuallivet. Mange oppga seksuelle problemer i en eller annen form og hadde behov for rådgivning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.46).

I Vermeer et al (2015) sin studie kom det frem at en tredjedel av kvinnene ikke tok opp seksualitet med helsepersonell fordi de følte det ikke var viktig nok og/eller ville finne ut av det på egenhånd. Andre kvinner oppga skam, skyld og ubehag knyttet til diagnosen som grunn til å ikke å ta opp temaet. Det samme kom frem i Ratner et al (2012) sin artikkel og at flere kvinner hadde misoppfattelser om seksualitet og kreftbehandling. For eksempel var det kvinner som trodde kreften kunne forverre seg eller komme tilbake visst de engasjerte seg i seksualitet.

Cleary, McCarthy og Hegarty (2012, s.537) har sammenlignet allerede eksisterende litteratur om intervensjoner som fokuserer på seksualitet. Her belyses betydningen av å gi passende opplysninger til pasienter. Det har i økende grad blitt anerkjent i forskning og praksis at innenfor kreftkontekst betraktes informasjon som en nøkkelkomponent i tiltak rettet mot behandling og rehabilitering av pasienter. Pasienter med gynekologisk kreft er ikke fornøyd med informasjonen de får. Å diskutere seksuelle problemer er det første skrittet i å hjelpe overlevende til å tilpasse seg seksuelle endringer. Resultatene i denne litteraturvurderingen

viste at kvinner trenger informasjon om en rekke problemer, alt fra hvordan kreft og behandling kan påvirke deres selvbilde som en seksuell person, relasjoner med en partner, og kanskje oftere, deres evne til å delta i og nyte seksuell aktivitet. Fordeler med å gi denne informasjonen inkluderer reduksjon av frykt, forbedret kommunikasjon med partner og økt kunnskap. Zeng, Li og Loke (2011, s.296) konkluderer i sin studie at helsearbeidere må være klar over kvinnes bekymringer rundt seksualitet og utøve relevant støttende omsorg både med informasjon om de fysiske og de psykiske endringene som kan oppstå.

Sekse, Buestad og Vika (2014, s.10) har i sin studie undersøkt undervisning og veiledning i grupper utført av kreftsykepleiere som intervensjon etter gynekologisk kreftbehandling. Intervensjonen synes ha god effekt på pasientene som kunne møte likesinnede og utveksle erfaringer som synes å være viktig for dem. De fikk også fylt opp behovet for kunnskap, informasjon og veiledning.

3.5 Sykepleiers rolle i seksuell veiledning

En av studiene Ratner et al., (2012, s.44) beskriver i sin artikkel undersøkte 16 leger, 27 sykepleier og 15 kvinner med eggstokkreft sitt syn på seksualitet i praksis. Legene og sykepleierne fikk spørsmål om de trodde kvinnene med eggstokkreft kom til å oppleve seksuelle problemer. De aller fleste svarte ja, men kun 25 % av legene og 19 % av sykepleierne informerte eller snakket med pasientene om temaet. Både legene og sykepleierne anerkjente at det var deres ansvarsområde å snakke med pasientene sine om seksualitet, men ubehag, mangel på opplæring og begrensning på tid var oppgitt som grunner til at de lot være. Mange helsepersonell stiller altfor høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet og vegrer seg derfor for å snakke med pasientene om temaet. Ved å unngå å diskutere seksuelle problemer med pasientene, styrkes fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for

denne pasientgruppen. En god sykepleier beskrives som åpen og nysgjerrig og forberedt på at pasientene kan ha andre uttrykk for seksualitet enn det en selv har. Det er også viktig å forstå sin egen seksualitet når en arbeider med andres seksualitet, og kontinuerlig arbeide med den. Spesialister i sexologi hevder at et avklart forhold til egen seksualitet er en forutsetning for å kunne være til støtte for andre med seksuelle problemer (Borg, 2017, s.126-127).

Når sykepleiere skal samtale og veilede pasienter i temaet seksualitet, er det viktig at samtalen inneholder struktur. Samtalen skal være preget av nærhet og respekt. Kommunikasjon er det viktigste redskapet sykepleier har og derfor kan en kommunikasjonsmodell være til god hjelp i veiledningen. PLISSIT-modellen er en av mange kommunikasjonsmodeller. Kort forklart er modellen bygget opp som en pyramide med fire nivåer: P, LI, SS og IT.

P – Permission er arena for at pasienten skal få sette ord på sine tanker rundt seksualitet.

Modellen foreslår at sykepleier åpner opp for temaet. Gir pasienten tillatelse til å snakke om temaet og sykepleier gir uttrykk for å ville snakke om det og er en god lytter, vil mange problemer løses på dette nivået.

LI – Limited information er å gi pasienten informasjon om hvordan kreftsykdommen og behandlingen kan innvirke på seksualiteten. Her kan avklaringer av misforståelser og en forsikring om at deres bekymringer er vanlig komme frem. Det er også viktig å snakke om forventninger til videre samliv - inkludert det seksuelle (Dahl og Sørensen, 2016, s.141).

SS- Spesific suggestions er å gi råd til på en slik måte at det kan gjøre pasienten i stand til å mestre konkrete situasjoner. Det innebærer også informasjon om seksualtekniske hjelpemidler.

IT- Intensive therapy er det øverste nivået som ofte kun er aktuell for et fåtall. Problemene kan være større og mer komplekse. De trenger ofte spesialisert behandling av spesialister innen sexologi

Når kreftpasienter skal veiledes om seksualitet, kreves det kunnskaper om både de fysiske og de psykiske utfordringene disse pasientene står ovenfor. Det trengs kunnskap, men også emosjonelt engasjement (Borg, 2017, s.126 & Ratner et al, 2012, s.44).

4.0 Drøftingsdel

I denne delen vil jeg drøfte det teoretiske grunnlaget som er presentert for å belyse problemstillingen:

Hvordan kan kvinnen med livmorhalskreft ivareta livskvalitet og seksuell helse etter endt kreftbehandling?

4.1 Kroppslige og seksuelle endringer under og etter behandling

Flere studier viser at fysiske endringer etter kreftbehandling påvirker seksualiteten til kvinner med livmorhalskreft (Cleary et al, 2011, Bae & Park, 2016, Le et al, 2016, Hading et al, 2013 & Vermeer et al, 2015). Endringene kan påvirke selvbildet, selvtillit og hvordan kvinnen forholder seg til egen seksualitet og seksuell helse (Helse-og omsorgsdepartementet, 2017, s.7).

Alle former for behandling for livmorhalskreft gitt alene eller i kombinasjoner kan gi uttalte plager som kan påvirke livskvalitet og seksuell helse hos kvinnen med livmorhalskreft. Cleary et al (2011) beskriver at kvinnene som deltok i studien deres generelt hadde dårligere seksuell funksjon uavhengig av hvilken kreftbehandling de hadde mottatt. Min forståelse har vært at strålebehandling mot underlivet er den kreftbehandlingen som har mest innvirkning på seksuell helse og livskvalitet. Det på grunnlag av alle ettervirkningene strålebehandling kan gi. For eksempel forandringer i slimhinner, kunstig overgangsalder, mage-tarm problematikk, smerter, redusert blodforsyning, arrdannelser, sammenvoksinger og skrumping og stivhet av kjønnsorganet (Gjessing, Borg & Dahl, 2013 s.90). Ved å se på studien til Hading et al (2013, s.800) som har sammenlignet kvinner med livmorhalskreft som enten har blitt behandlet med stråling eller radikal operasjon mot en kontrollgruppe friske kvinner, kommer det frem at kvinnene som ble bestrålt hadde betydelig mer seksuell dysfunksjon enn kontrollgruppen. Det

var ingen store forskjeller mellom kvinnene som var radikal operert og kontrollgruppen annet enn smerter. Studien hadde fokus på opphisselse, fuktighet, orgasme, tilfredsstillelse og smerte. Ettersom flere studier og faglitteratur (Cleary et al, 2011, Vermeer, 2015 & Borg, 2017) forklarer at kirurgi kan gi seksuelle problemer som forkortet skjede, kunstig framkalt overgangsalder, smerter, tørre slimhinner og lav hormonproduksjon, er det mistenkelig at det var så store forskjeller mellom kvinnene som var radikal operert og kvinnene som var strålebehandlet. Ut ifra resultatet kan det virke som kvinnene som mottok strålebehandling hadde betydelig mer seksuell dysfunksjon enn de kvinnene som var radikal operert. I midlertidig kan det tenkes at resultatet var påvirket av når undersøkelsen ble gjennomført. Kvinnene som var strålebehandlet hadde lavest skalering på alle fokusområdene, noe som kan tyde på at kvinnene ikke hadde samleie i det hele tatt på tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført.

Le et al (2016, s.1321) sin studie fokuserte på kvinner med livmorhalskreft som var operert og sammenlignet dem mot en kontrollgruppe av friske kvinner. Også her kom det frem at kvinnene som var operert ikke hadde svekket seksualitet og engasjement for seksuell aktivitet og at de opprettholdt god livskvalitet. Det samme gjorde studien til Greenwal og McCorkle (2008, s.955) som undersøkte opererte kvinner med eller uten fjerning av eggstokker.

Uavhengig av om kvinnene hadde operert bort livmor eller livmor og eggstokker, var det sjeldent rapportert mindre interesse eller mindre lyst for seksuell aktivitet enn hos friske kvinner. At funnene i de overnevnte studiene viser liten forskjell i seksuell lyst og engasjement mellom livmorhalskreftpasienter og friske kan bety at utgangspunktet for de fysiologiske prosessene har vedvart, slik som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon. På den måten kan kvinner, som for eksempel er operert, bevare lyst, opphisselse, fuktighet og orgasme, men på samme tid ha problemer med smerter under samleie fordi skjeden er kortere. Det kan også være grunnen til at den eneste forskjellen som

kom frem i studien til Hading et al (2013) mellom kvinnene med livmorhalskreft som var operert og kontrollgruppen av friske kvinner var smerter. I midlertidig kan tenkes at det egentlig er en ganske stor forskjell som spiller rolle for seksuell helse.

I motsetning til de overnevnte studiene, beskriver kvinnene i Sekse (2011, s.55) sin studie at den gynekologiske kreftbehandlingen ga store endringer i kvinnekroppen. Flere av kvinnene var opererte for livmorhalskreft, men også eggstokk-og livmorkreft. De uttrykte en fremmedfølelse av et kroppslig tomrom den første tiden etter behandling, hetebyger som gradvis gikk over til en endret kroppstemperatur, endret seksualliv i forhold til partner og en mer sårbar og uforutsigbar kropp. De følte kreftsykdommen hadde tatt i fra dem en kropp som de før kunne stole på. Det kom frem at de kroppslige endringene var komplekse i forhold til seksuallivet. Det var ulike faktorer, som manglende lyst, såre og tørre slimhinner og frykt for smerte og ubehag, som gjorde at kvinnene følte det som en vond sirkel der de ikke visste hva som førte til hva. Endringene betydde tap av kontroll og kvinnene kunne ikke lenger stole på at kroppen reagerte og oppførte seg som tidligere eller slik de ønsket. Det som før var knyttet til lyst, nytelse og uttrykk for gjensidig kjærlighet var blitt vanskelig og utfordrende for kvinnene. De fleste kvinnene kjente seg begrenset da de skulle uttrykke intimitet og kroppslig kjærlighet til sin partner. Flere funn beskriver følelsesmessige endringer som kan oppstå som resultat av gynekologisk kreftbehandling. Disse inkluderer angst, frustrasjon og sorg. For noen av kvinnene kunne disse vare i en lenger periode, der de opplevde både fysisk og mental utmattelse flere år etter gynekologisk kreftbehandling. Disse følelsene kunne være relatert til smerte og tanke om tilbakefall av kreft dersom de skulle ha intime relasjoner.

I studien til Hunter (2011) belyser flere av kvinnene med livmorhalskreft at endringene kreftbehandlingen hadde hatt fysisk på kroppen og seksualiteten ikke bedret seg med tiden. De hadde den oppfatning at bivirkningene kreftbehandlingen hadde var reversibel, men tvert i mot fikk de nye problemer som sorg, anger og skyld som forsterket den negative situasjonen.

Det var ingen som hadde informert kvinnene om at dette kunne skje. Kvinnene i Sekse (2011) sin studie opplevde dessuten at de kroppslige endringene hadde et eksistensielt aspekt som kom til uttrykk i redsel og tro om tilbakefall eller ny kreftsykdom.

Denne informasjonen får meg til å tenke tilbake på flere samtaler jeg har hatt med pasienter som uttrykker at de ser frem til endt kreftbehandling og en normal hverdag igjen. Mange føler livene sine midlertidig er satt på vent. Pasek et al (2012, s.691) har i sin studie undersøkt livskvalitet før, under og etter strålebehandling hos kvinner med livmorhalskreft. Her kommer det frem at livskvaliteten var høyest rett etter avsluttet behandling. Det kommer ikke frem hva kvinnene legger vekt på i sin livskvalitet, men erfaringene mine tilsier at gleden av å ha fullført behandling spiller en rolle og at kvinnene, som i studien til Hunter (2011), tenker endringene kreftbehandlingen gir bedres med tiden.

Jeg erfarer at pasientgruppen ofte har mange spørsmål knyttet til de fysiske endringene behandlingen har, men i nå-perspektiv. Det vil si at de spør hvilke bivirkninger behandlingen gir, men få eller ingen spør om hvilke varige bivirkninger de kan få. Fokuset jeg har hatt i informasjonssamtaler har også vært i nå-perspektiv når det gjelder seksualitet, og at bivirkningene behandlingen gir bedrer seg etter behandling. Dette er situasjon med forbedringspotensial i mitt arbeid. De akutte bivirkningene kan være reversible, men hos noen vil de ha varig påvirkning på seksuell helse. Ratner et al (2012, s.44) anbefaler å diskutere fysiske endringer og betydningen det har for seksualiteten under og etter kreftbehandling så tidlig som mulig. Grunnen er at det kan ta tid for pasienter å fortelle om sine bekymringer rundt seksualitet. Åpnes det opp for samtale rundt seksualitet tidlig, er det lettere å finne måter å engasjere kommunikasjonen på. Det bidrar også til trygghet for kvinnene.

Informasjon er trygghet og et godt eksempel kan være at når kvinnene vet hvilke endringer kreftbehandlingen kan gi, ikke nødvendigvis tenker at det er tegn på tilbakefall eller utvikling av sykdommen.

Som nevnt tidligere favner seksuell helse en helhetlig situasjon. Det betyr at fysiologiske og fysiske endringer spiller en stor rolle, men også følelser, tanker og handlinger. Det gjør at det er vanskelig å definere en felles betegnelse for seksuell helse eller livskvalitet knyttet til det (Helse-og omsorgsdepartementet, 2017, s.7).

Det er mange kvinner med livmorhalskreft som synes er vanskelig at det i senere tid har kommet frem at sykdommen er forårsaket av humant papillomavirus (HPV) som smittes gjennom samleie. Risikoen øker med tidlig seksualdebut og mange seksualpartnere (Kristensen, 2017, s.592). Livmorhalskreft er en diagnose med seksuelle assosiasjoner. Flere kvinner har uttrykt at det er ubehagelig at helsepersonell spør hvor mange seksualpartnere de har hatt og har opplevd mye stigma rundt gynekologisk kreft. Dette bidrar til at kvinnene ikke ønsker å åpne seg. Noen kvinner har også uttalt at de føler seg som andrerangs kreftpasienter (Bergstrøm, 2015). Mange jeg har snakket med uttrykker tanker som skam, følelse av forlegenhet og skyld. For eksempel opplever jeg ofte at pasienter avbryter meg når jeg skal informere om seksualitet. Noen sier ”du trenger ikke si noe om det, jeg har ikke tenkt å være seksuell aktiv på lenge” eller ”det er ikke noe jeg tenker på nå”. Synet på seksualitet er i endring, men fortsatt forbundet med noe privat som vi ikke snakker høyt om i dagens samfunn. At kvinner med livmorhalskreft ikke ønsker å snakke om seksualitet kan ha med tabu og bluferdighet å gjøre. For eksempel kan det komme til uttrykk i sjenanse, et behov for å opprettholde en grense mot andre, noe personlig, privat og kulturbestemt (Jacobsen, 2017, s.609). Det kan i enkelte tilfeller nærmest virke som det er lettere å fortrenge seksualiteten enn å snakke om det. Dette er viktig informasjon å vite som kreftsykepleier fordi flere studier påpeker at kvinner med gynekologisk kreft er misfornøyd med informasjonen de får og/eller ønsker å snakke om seksualitet, men på et trygt sted de føler seg ivaretatt (Hunter, 2014 & Cleary et al, 2011). Jeg har opplevd flere tilfeller der kvinner i utgangspunktet ikke har ønsket å snakke om seksualitet, men ønsket det på et senere tidspunkt. På den ene siden kan det virke

ugunstig å informere om seksualitet allerede ved første møte fordi selve informasjonen om kreftbehandling er mye informasjon å ta inn over seg, og studier viser at pasienter ikke inntar halvparten av den informasjonen som blir gitt ved første konsultasjon. På den andre siden anbefales det å snakke om seksualitet så tidlig som mulig i behandlingsforløpet for å bryte ned barrierer. Selv om pasienten ikke ønsker å snakke om det ved første konsultasjon, kan kreftsykepleier, ut ifra det som kommer frem, nevne det på nytt ved neste konsultasjon. På den måten bidrar praksisen til å normalisere det faktum at seksualitet har med helse å gjøre.

Det er flere kvinner med livmorhalskreft jeg har snakket med som har holdt sykdommen sin skjult for omgivelsene sine. Grunnen til at de holder det skjult er at de ikke ønsker at andre skal få vite hvilken type kreft de har fått. Noen har uttalt at det hadde vært mye enklere å fortelle folk rundt seg om det hadde vært en annen type kreft. Det er endel misoppfattelser i samfunnet rundt livmorhalskreft som gjør det vanskelig for kvinner å fortelle at de har denne krefttypen. Noen tror for eksempel at livmorhalskreft er en smittsom sykdom (Zeng et al, 2011, s.296). Andre misforståelser knyttet til sykdommen er at mange kvinner tror det å engasjere seg i seksualitet forminsker effekten av kreftbehandlingen (Zeng et al (2011, s.296).

Mennene som deltok i studien til Hunter (2011, s.25-28) trodde kvinnenens nedsatte lyst handlet om at de ikke lenger var forelsket i dem eller at kvinnene var utro. Det var to i studien som valgte å forlate forholdet på grunn av utfordringene endret seksualitet hadde på samlivet. Ut ifra funnene fra denne studien, kan det virke som parene som forlot forholdet sitt ikke hadde nok informasjon og kunnskap om hvordan kreftbehandlingen kan innvirke på samlivet. Et eksempel fra Hunter (2011, s.26) sin studie var en kvinne som ikke klarte å stå i forholdet sitt lenger fordi hun trodde mannen hennes ikke kom til å forstå at hun ikke lenger hadde de samme følelsene for sex som tidligere. Kjærligheten for mannen var den samme, men den fysiske følelsen hadde forsvunnet. Hun var redd han ikke kom til å forstå. I istedenfor å snakke om endringene, som er en vanlig konsekvens av kreftbehandling, skapte det distanse

mellom dem og de forstod hverandre ikke. De isolerte seg på hver sin front og han sov ofte på sofaen, eller ventet til hun var sovnet så de slapp den pinlige stillheten. Borg (2017, s.125) sier at det for enkelte kan være lettere og isolere seg både fysisk og emosjonelt enn å prøve å mestre sin nye identitet, og overnevnte historie er et godt eksempel på det. Her kan god informasjon og veiledning fra helsepersonell bidra til kunnskap og trygghet for videre samliv under og etter kreftbehandling.

4.3 Seksualitet og livskvalitet – å leve med en endret kropp

En god livskvalitet, tross reduserte fysiske funksjoner, plager og ubehag, har vært utfordrende å forstå. Livskvalitet favner en helhetlig situasjon som først og fremst er en subjektiv opplevelse som er basert på den enkeltes verdier, meninger og forventninger (Wahl & Hanestad, 2004, s.23) Det gjør forskningen bak begrepet livskvalitet utfordrende på grunn av manglende felles definisjon av begrepet.

Det som vil være naturlig å tenke er at livskvalitet og depresjon er to motpoler, slik at å ha høy livskvalitet bidrar til lav depresjon. Det som var interessant i Bae og Park (2015, s.1277-1279) sin studie var at kvinnene som rapporterte moderat depresjon også rapporterte positivt forhold til livskvalitet. Det skyldtes at det var ulike faktorer som spilte en rolle på depresjon og livskvalitet. De fysiske endringene og den seksuelle dysfunksjonen som hadde oppstått, gjorde at 45.4% av kvinnene rapporterte moderat nivå av depresjon. Det var kun 22% av kvinnene som oppga å være fri fra depresjon. Derimot rapporterte mange av kvinnene positivt forhold til livskvalitet som innebar å se det positive livet hadde å by på. Det motstrider med funnene i Zeng et al (2011, s.296) sin studie der kvinnene identifiserte seksualitet som en av de mest essensielle indikator for deres livskvalitet. Samtidig kom det også frem at å være fri

fra sykdom hadde stor innvirkning på livskvaliteten. Dette viser et bilde av hvor forskjellig livskvalitetsbegrepet kan bety.

I Greimel et al (2009, s.476) sin studie hadde kvinnene som gjennomgikk strålebehandling alene eller i kombinasjon med operasjon og/eller cytostatika større risiko for nedsatt livskvalitet, mens kvinnene som var behandlet med kirurgi og/eller cytostatika hadde returnert til samme livskvalitet som før kreftbehandling. Det ble også rapportert at livskvalitet og seksualitet ble sett i et annen lys enn tidligere. En grunn til at kvinnene svarer annerledes på hva som er godt i livet er underforståtte verdier som kan ha endret seg under kreftsykdomserfaringen. For eksempel forklarer Forsså et al (2009, s.27) at det å bli frisk fra kreft kan utløse et sterkere glede over livet og være noe som gjør at pasientene rapporterer høy livskvalitet. Slik kan fysiske plager eller bivirkninger oppleves mindre vesentlige i kreftoverlevende sin hverdag, sammenlignet med personer som ikke har opplevd en livstruende sykdom. Kvinnene i studien til Sekse (2011, s.6) fortalte at de hadde kommet positiv og styrket ut av kreftsykdom. Økende takknemlighet for livet i seg selv, å være mer tilstede og i dypere kontakt med livet, og for noen, en dypere kontakt med seg selv og andre mennesker.

Greenwald og McCorkle (2008, s.957) sin studie mener livmorhalskreft ikke reduserer livskvaliteten sammenlignet med friske kvinner. Dette resultatet kan være preget av at kvinnene har et annet syn på hva livskvalitet er etter kreftbehandlingen og hva som blir lagt vekt på, men som ikke kommer frem i denne studien. Derimot kommer det frem i Bilodeu og Bouchard (2011, s.234-235) sin studie at kvinnene med livmorhalskreft hadde et annet syn på livet og seksualiteten sin. De beskrev en dypere forståelse for øyeblikket med familien og med ektefellen sin. De kunne nyte livet og ikke dvele ved trivielle ting. De fokuserte mer på seg selv, anerkjente behovene sine og revurderte prioritettene sine. For noen gjaldt dette også seksualiteten. Av de ti kvinnene som ble intervjuet, rapporterte alle at de var mindre fysisk aktive og hadde mindre lyst på sex, men beskrev at seksualiteten hadde vokst og blitt mer

tilfredsstillende. Synet hadde gradvis forandret seg, og det fysiske var mindre viktig for dem.

En sa:

”... Before it was too platonic. There comes a time when you have no other choice but sit down with your husband and discuss your sexuality with him in the light of cancer, so the fact I had cancer kind of opened a door (for talking)”, (Bilodeau & Bouchard, 2011, s.234).

4.4 Snakk om det

Flere studier beskriver betydningen av kunnskap og informasjon for å mestre endringene som påvirker de seksuelle funksjonene. Funnene er rettet mot å integrere kunnskap og bevissthet om de endringene. Mangel på kunnskap og informasjon har vist seg å være et betydelig problem blant kvinner med livmorhalskreft. Dessuten er kvinner med gynekologisk kreft ikke fornøyd med den informasjonen som blir gitt angående seksualitet. For at denne pasientgruppen skal føle seg ivaretatt når det kommer til seksuell helse, viser studier at helsepersonells rolle er grunnleggende (Cleary et al, 2012, s.537 & Ratner et al, 2012, s.44). En sexologisk rådgiver har dessuten uttalt at helsepersonell som jobber med kreftpasienter ikke gjør jobben sin fullt dersom de ikke informerer om seksualitet (Kvitrud, 2017).

På hvilken måte det er best å informere pasientene på er omdiskutert, men det er klarhet i at det først og fremst er viktig at helsepersonell er den som spør om seksuell helse og ikke pasienten som etterlyser det. Det er også viktig at helsepersonell informerer mer enn de spør. Kvinner med gynekologisk kreft forteller at det oppleves truende å få for mange direkte spørsmål (Kvitrud, 2017).

Snakk om det er en strategi for seksuell helse utarbeidet av helse- og omsorgsdepartementet. I strategien kommer det frem at åpenhet, respekt og positive holdninger til seksualitet er

faktorer som fremmer seksuell helse. På samme måte bidrar det til å motvirke tabuer, skam, fordommer og stigmatisering knyttet til seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.8).

Pasienter uttrykker ønske om at helsepersonell tar initiativ til samtale rundt seksualitet. Det er flere barrierer til grunne for at pasientene ikke tar opp spørsmål knyttet til seksuell helse. Det kan for eksempel være følelse av forlegenhet, skam og skyld. Og selv om helsepersonell vet at dette er tilfelle og anerkjenner problemet, er det barrierer som også hindrer dem i å ta opp temaet. Barrierer som for eksempel faglig eller personlig ubehag, mangel på opplæring i temaet og begrensninger på tid (Ratner et al, 2012, s.44). Selv anerkjenner jeg at personlig ubehag og mangel på kunnskap har bidratt til at jeg har vegret meg for samtaler om seksuell helse. Seksualitet er ofte noe en verner som privat og mellom de det angår, og det tror jeg er en viktig grunn til at det er barrierer både for pasienter og for sykepleiere.

Når jeg informerer pasienter om konsekvenser kreftbehandlingen kan ha på seksualiteten har jeg ofte en strategi planlagt for å komme videre i samtalen. Det kan for eksempel være at jeg har planlagt et nytt tema i hodet mitt og vet hva jeg skal si hvis det oppstår en ubehagelig stillhet. Dahl og Sørensen (2016) hevder noen sykepleiere gir lite rom for samtale om disse forholdene. Det er noe jeg kjenner meg igjen i og har hørt andre si. Det er trist at undersøkelser viser at både leger og sykepleier har kunnskaper om seksuelle endringer og konsekvenser det har for kvinnen, men ikke tar initiativ til samtale rundt det. Dessuten anerkjenner helsepersonell at det er deres ansvar. Det bygger opp under at seksuell helse er et avsluttet kapittel for kvinnene og fortsetter å være et tabubelagt tema. Ved å snakke åpent om seksualitet, ufarliggjøres tankene som kvinner med livmorhalskreft har og gjør det enklere å ta opp spørsmål med helsepersonell. Å diskutere seksuelle problemer er dessuten første skrittet mot å hjelpe pasientene å tilpasse seg de fysiske og psykiske endringene (Cleary et al, 2012, s.537).

Borg (2017, s.126-127) beskriver en god sykepleier i samtale om seksualitet som åpen og nysgjerrig, og forberedt på at seksualitet kan ha ulike uttrykk. Kommunikasjon er det viktigste redskapet en sykepleier har og derfor kan PLISSIT-modellen, som er en kommunikasjonsmodell, være et godt verktøy i samtale om seksualitet. Ratner et al (2012, s.44) anbefaler også at sykepleiere bruker denne kommunikasjonsmodellen i korte eller lenger samtaler om seksualitet. Modellen er bygget opp slik at samtalen og eller veiledningen skal inneholde struktur og være preget av nærhet og respekt. Første trinn er tillatelse, og innebærer at temaet tas opp. Man kan for eksempel si ”Jeg ønsker også å informere deg om at andre som gjennomgår det samme som deg, opplever manglende seksuell interesse i tiden etter behandling” eller ”. Selv om fokuset ditt kanskje ikke er på seksualitet akkurat nå, så ønsker jeg å nevne det da mange har eller får bekymringer...”. Andre trinn i modellen er begrenset informasjon, og går ut på å informere generelt om temaet. Dette er helsepersonell sin mulighet til å kartlegge behovet for videre tilpasset informasjon. Hva vet pasienten fra før? Hva bør hun vite mer om? Som nevnt tidligere belyser Cleary et al (2012, s.532) at passende opplysninger til pasienter betraktes som en nøkkelkomponent i tiltak rettet mot behandling og rehabilitering.

Tredje og fjerde trinn i modellen praktiseres ikke av sykepleiere på arbeidsplassen min da det innebærer mer spesifikk rådgivning og intensiv terapi. Mange pasienter trenger konkrete forslag til løsninger på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles og alle får derfor tilbud om rådgivning hos sexolog som tar seg av det. Det anbefales at alle kvinner med livmorhalskreft tar imot tilbudet om sexologisk rådgivning.

En siste intervensjon verdt å nevne er undervisning og veiledning i grupper. Sekse et al (2014, s.10) gjennomførte en studie der kvinner med gynekologisk kreft ble undervist og veiledet etter endt kreftbehandling. Det var kreftsykepleiere som styrte veiledningen. Funnene i denne studien viste at det var stor betydning for kvinnene å føle på fellesskapet ved å møte

likesinnede. Det ble en arena til å sette ord på og dele erfaringer som de hadde vært igjennom og som kom etter behandling. De opplevde å få aksept og forståelse som de savnet i andre relasjoner.

Å snakke om endringer, inkludert seksuelle endringer, behandlingen og videre forløp er av stor betydning. Det gir pasientene mulighet til å gjenvinne kontroll over egen kropp og eget liv (Borg, 2017, s.127). Kunnskapen helsepersonell har om de fysiske og psykiske endringene, og at kvinnene opplever både vanskelige og berikende endringer i livet, kan helsepersonell dra nytte av i oppfølging og veiledning av kvinner med livmorhalskreft. Det å skape rom og tid for samtale er utgangspunkt for at kvinnene skal kunne åpne seg og snakke om det de ønsker (Sekse, 2011, s.7).

5.0 Konklusjon.

I denne litteraturstudien var formålet å finne ut hvordan kvinner behandlet for livmorhalskreft kan opprettholde seksuell helse og livskvalitet etter endt kreftbehandling. Alle behandlingsformene som gis denne pasientgruppen gir en rekke komplikasjoner for seksuell helse, både fysisk og psykisk, som har innvirkning på livskvalitet. Spesielt kommer det frem at de fysiske plagene går verst utover de kvinnene som gjennomgår strålebehandling alene eller i kombinasjon med cytostatika eller operasjon. Det er likevel viktig å understreke at livskvaliteten og erfaringene kvinnene har etter kreftbehandling er individuelle og ulik fra en kvinne til en annen. Hva livskvalitet innebærer er en subjektiv opplevelse og det samme gjelder seksuell helse.

For at denne pasientgruppen skal kunne opprettholde sin seksuelle helse og livskvalitet er det viktig at de blir møtt av helsepersonell som er åpne, trygge og snakker med dem om seksualitet. På den måten kan det føles enklere for kvinnene å snakke om de problemene de eventuelt har knyttet til seksuell helse. Å snakke om endringer behandlingen har på seksualiteten gir kvinnene kunnskap og mulighet til å gjenvinne kontroll over egen kropp og eget liv.

6.0 Referanseliste

- Bae, H. & Park, H. (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Support Care Cancer*. 24, 1277-1283. doi:10.1007/s00520-015-2918-z
- Bergstrøm, I, B. (2015). *Tause om gynekologisk kreft*. I Forskning.no. Hentet fra: <https://forskning.no/kreft-kjonn-og-samfunn/2015/06/taushet-om-gynekologisk-kreft>
- Bilodeau, K. & Bouchard, L. (2011). The sexuality of Quebec women with cervical cancer: Looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(4)., s.233-277. Hentet fra: Cinahl.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I: Reitan, A. og Schjølberg, T. K. red., *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe. (s. 121-130)
- Cleary, V., McCarthy, G. & Hegarty, J. (2012). Development of an educational intervention focused on sexuality for women with gynecological cancer. *Psychosoc Oncol*. 30(5) s.535-555. doi: 10.1080/07347332.2012.703767.
- Dahl, A. A. & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom: psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving for studenter. (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fosså, A., Hølmek, & Smeland, S.D. (2013). En oversikt over kreftbehandling. I J.H. Loge, A. A. Dahl, A.D Fosså & C.E Kiserud (Red.). *Kreftoverlevne ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2.utg. (s.27-43) Oslo: Gyldendal akademisk.

Gjessng, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I Loge, J. H., Dahl, A., Fosså, S. D., Kiserud, C. E., (Red.) *Kreftoverlevende, Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Greenwald, H. P. & McCorkle, R. N. R. (2008). Sexuality and Sexual Funktion in Long-Term Survivors of Cervical Cancer. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, 17(6), 955-963.
doi: 10.1089/jwh.2007.0613

Greimel, E., Winter, R., Kapp, J. & Haas, J. (2009). *Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term-follow-up study*. *Psycho-Oncology*, 18(5), 476-482.
doi:10.1002/pon.1426

Harding, Y., Ooyama, T., Nakamoto, T., Wakayama, A., Kudaka, W., Inamine, M., Nagai, Y., Ueda, S. & Aoki, Y. (2013). Radiotherapy- or Radical Surgery – Induced Female Sexual Morbidity in Stages 1B and 2 Cervical Cancer. *International Journal of Gynecological cancer*, 24(4).

Helse og omsorgsdepartementet (2017). *Snakk om det!* Strategi for seksuell helse. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Hunter, J. (2011). The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame. *Journal Of Gynecologic Oncology Nursing*, 21(2), 22-32.

Jacobsen, A. M. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A, M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie Pasient –Utfordring – Handling*. (s.588-602). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Jerpseth, H. (2013). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås., D.G. Stubberud., & R. Grønseth (Red). *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg., s. 37-39). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A, M. Reitan & T, K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie Pasient –Utfordring – Handling*. (s.588-602). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Kunnskapssenteret. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning*. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra:

https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf

Kvitrud, J. (2017). *Etterlyser samtale om sex og samliv etter kreft*. I sykepleien.no. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2017/05/etterlyser-samtale-om-sex-og-samliv-etter-kreft>

Lee, Y., Lim, M.C., Kim, S., Joo, J., Lee, O.D. & Park, S-Y. (2016). Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. 48(4), 1231-1329. doi: 10.4143/crt.2015.425

Odo, R. & Potter, C. (2009) Understanding the needs of young adult cancer survivors: a clinical perspective. *Oncology nurse edition* 23(11) s. 23-33

Pasek, M., Suchocka, L. & Urbanski, K. (2012). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *CANCER AND LONG TERM CONDITIONS*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04350.x

Polit, D, F. & Beck, C, T. (2017). Litterature reviews: Finding and critiquing evidence. I: *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practise*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health.

Ratner, S. E., Richter, E., Minkin, J. M. & Foran-Tuller, A. K. (2012). How to talk about sexual issues with cancer patients Beginning the dialogue. *CANCER AND SEXUALITY*. 40-51. Hentet fra Cinahl.

Ribu, L. (2017). Livskvalitet. I S. Kaasa, & J.L. Loge (red). *Palliasjon*. (3.utg., s.50-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sekse, R.J.T. (2011). Livet etter underlivskreft. Kvinner sine erfaringer fem og seks år etter behandling for kreftsykdom. *Sykepleien Forskning* (1) s.96-97. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0065>


Sekse, R.J.T., Buestad, I. & Vika, M.E. (2014). Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen? *Vård i Norden*, no.114, vol. 34, s. 10-14.

Vermeer, M. W., Bakker, M. R., Kenter, G. G., Stiggelbout, M. A. & Kuile M. M. (2015). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Support Care Cancer*. doi: 10.1007/s00520-015-2925-0

Zeng, Y.C., Li, D. & Loke, A.Y. (2011). Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing & Health sciences*, 13(3), 296-302. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x

Wahl, A.K. & Hanestad, B.R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

VEDLEGG 1

	<p>SØKEHISTORIKK</p>
---	-----------------------------

Problemstilling: *Hvordan kan kvinnen med livmorhalskreft ivareta livskvalitet og seksuell helse etter endt kreftbehandling?*

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søk- nummer	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
Cinahl	1	Cervix neoplasm	7.947	For mange resultat
	2	Sexuality	20.926	For mange resultat
	3	Cervix neoplasm AND sexuality	243	<p>Cervical cancer survivors and partners experiences with sexual dysfunction and psykosexual support (Veermers, Bakker, Kenter, Stiggebout & Kuile, 2015)</p> <p>The sexuality of Quebec women with cervical cancer: looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body (Bilodeau & Bouchard, 2011)</p> <p>The impact of cervical cancer treatment of sexual function and intimate relationships: a crying shame.</p>

				(Hunter, 2011) How to talk about sexual issues with cancer patients beginning the dialogue (Ratner, Richter, Minkin & Foran-Tuller, 2014).
	4	Cervix neoplasms AND sexuality AND quality of life	20	Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer (Greenwald & McCorkle, 2008) Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. (Greimel, Winter, Kapp & Haas, 2009) Life after cervical cancer: quality of life among Chinese women (Zeng, Li & Loke, 2011)
	5	Cervix neoplasms AND Sexual health OR sexual function	98	Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer (Bae & Park, 2015)
	6	Cervix neoplasms AND Quality of life AND radiotherapy	38	Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. (Pasek, Suchocka & Urbanski, 2012)
MEDLINE	3	PLISSIT	55	Development of an Educational Intervention Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer (Cleary, McCarthy & Josephine, 2012)
	1	Uterine Cervical Neoplasm	68.565	For mange resultat
	2	Uterine Cervical	56	Comparioson of Quality of life

		neoplasms AND sexuality		and Sexuality between cervical cancer survivors and healthy women (Lee, Lim, Kim, Joo, Lee & Park,
	3	Uterine Cervical Neoplasms OR Genital Neoplasms AND Nursing care OR Nursing Role	286	For mange resultat
	4	Uterine Cervical Neoplasms OR Genital Neoplasms AND Nursing care OR Nursing Role AND sexuality	12	Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? (Veermers, Bakker, Kenter & Stiggelbout Understanding sexuality in women with gynaecological cancer (Cleary & Hegarty, 2010)
		Uterine cervical cancer AND sexuality AND quality of life	16	Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women (Lee, Kim, Lee & Park, 2016).
ORIA		Livmorhalskreft OG veiledning	2	Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i Rehabiliteringen? (Sekse, Buestad & Vika, 2014).
Sykepleien Forskning		Livmorhalskreft	76	Ingen aktuelle treff
		Underlivskreft	9	Livet etter underlivskreft (Sekse, 2011)